

Februarie 2016

EDITORIAL

“Tradiție, Încredere, Profesionalism!”

EVENIMENT

Lupta împotriva cancerului - 4 februarie

Ziua Mondială a Bolnavului – 11 februarie

INTERVIU

Interviu cu managerul SUUMC „Carol Davila„

G-ral brigadă Florentina Radu Ioniță

Interviu cu directorul de îngrijiri medicale al SUUMC „Carol Davila”

Giorgeta GROSU,

LUMEA MEDICALĂ

Europa de vest și de est: aceeași problemă – îmbătrânirea populației

Cuvânt înainte

Revista eAsistent și-a propus să ofere membrilor un spațiu de exprimare, să fie vocea și legătura cu întreaga profesie, cu realitățile lumii medicale.

Prin revista eAsistent vom pune în valoare și vom cultiva o legătură permanentă între profesioniștii din domeniul medical.

În fiecare lună, vă propunem să vă alăturați colectivului de redacție sau grupului nostru de cititori activi.

Aveți o poveste frumoasă pe care vreți să o împărtășiți? Aveți un coleg care a realizat ceva special și vreți să vorbiți despre asta? Sărbătoriți ceva cu totul deosebit la locul de muncă și nu știți nici un jurnalist care să vrea să scrie despre asta? Contactați-ne și vă vom asculta povestea.

Sunteți mândră de profesia pe care o aveți? Ne-ați citit, ați căutat anumite informații și vreți să știți mai multe despre anumite subiecte? Spuneți-ne ce ați dori să găsiți în paginile revistei și vom ține cont de sugestiile dumneavoastră.

Când sunteți alături de noi, ne ajutați să fim mai buni. La fel ca și revista care vă aparține.

Cu drag,

Colectivul de redacție

EDITORIAL

“Tradiție, Încredere, Profesionalism!” 4

EDUCAȚIE MEDICALĂ

Schimbările climatice devin o urgență medicală 7

EVENIMENT

‘Noi putem. Eu pot’ - Tema promovată de Organizația Mondială a Sănătății în 2016 pentru lupta împotriva cancerului 13

Ziua Mondială a Bolnavului – 11 februarie 17

INTERVIU

Prima parte a interviului cu managerul Spitalului Universitar de Urgență Militar Central “Dr. Carol Davila” 20

Prima parte a interviului cu doamna Plutonier adjutant principal Giorgeta GROSU, Director îngrijiri medicale la Spitalul Universitar de Urgență Militar Central “Dr. Carol Davila” 29

ISTORIE

“Audaces Servamus” – Îngrijindu-i pe cei curajoși! 36

LUMEA MEDICALĂ

Europa de vest și de est: aceeași problemă – îmbătrânirea populației – se caută soluții 41

CĂRȚI MEDICALE

Psihoterapia tulburărilor emoționale 48

Recunoașterea și raportarea semnelor de avertizare pentru asistentul fizio-terapeut 49

Tratat de ultrasonografie clinică: Principii, abdomen, obstetrică și ginecologie. Volumul I 50

ECHIPA 51



“Tradiție, Încredere, Profesionalism!”

Revista din februarie 2016 aduce în lumina reflectoarelor Spitalul Universitar de Urgență Militar Central „Dr. Carol Davila”. Astfel, în acest număr, veți regăsi atât o scurtă istorie a spitalului, cât și prima parte dintr-un interviu cu Generalul de brigadă medic conf. univ. dr. Florentina RADU - IONIȚĂ, managerul spitalului. Cu acest prilej, doamna Comandant ne vorbește despre realizările colectivului pe care-l conduce și proiectele pe care le derulează împreună pentru ca deviza “Tradiție, Încredere, Profesionalism”

să rămână o realitate.

Seria de interviuri realizate luna aceasta cu reprezentanții echipei manageriale a Spitalului Universitar de Urgență Militar Central „Dr. Carol Davila” va continua cu prima parte a interviului realizat cu doamna Plutonier adjutant principal Giorgeta GROSU, Director de îngrijiri medicale. Cu o experiență deosebită atât în România, dar și în teatrele de operații prin participarea la misiunea de menținere a păcii în Afghanistan, Doamna Grosu crede că un bun asistent medical se naște cu “acel ceva pe care cu greu îl dobândești prin școală sau experiență - dragoste, empatie, devotament și respect pentru viață.”

Continuarea interviurilor cu cele două personalități o puteți citi în numărul viitor al revistei noastre.

Secțiunea “Eveniment” trece în revistă cele 2 momente importante ale lunii. Primul este marcat pe 4 februarie, ziua internațională a luptei contra cancerului, care aduce, de fiecare dată, noi speranțe în găsirea unor remedii pentru acest cumplit flagel. Al doilea eveniment ce se celebrează în februarie este Ziua Mondială a Bolnavilor, pe 11 februarie. Instituită de Papa Ioan Paul al II-lea, la 13 mai 1992, ea este dedicată celui aflat în suferință, dar și omului aflat lângă el: asistent medical, medic, îngrijitor sau infirmier.

Secțiunea “Educație medicală” ne vorbește despre urgența medicală pe care o reprezintă acum schimbările climatice. Acestea pot submina progresele făcute în domeniul sănătății în ultima jumătate de secol, după cum afirmă tot mai mulți oameni de știință. OMS concluzionează, de asemenea, că schimbările climatice sunt așteptate să ducă la o creștere a numărului de decese cu până la un sfert de million de oameni pe an în perioada 2030-2050.

O altă temă de mare actualitate abordată în această secțiune este sistemul de îngrijire a persoanelor vârstnice. Articolul prezintă o analiză comparată a diverselor sisteme existente acum în Europa, inclusiv cel din România. El face apel la abordarea cât mai urgentă și responsabilă a acestei probleme, din ce în ce mai acută în

condițiile în care numărul populației vârstnice în România va crește de la 3,2 milioane persoane în 2011 la aproape 3,6 milioane în 2030.

Numărul din februarie al revistei vine și cu 3 publicații apărute recent: *Psihoterapia tulburărilor emoționale* de Irina Holdevici și Barbara Craciun, *Recunoașterea și raportarea semnelor de avertizare pentru asistentul fizio-terapeut* de Catherine C. Goodman și Charlene Marshall și *Tratat de ultrasonografie clinică: Principii, abdomen, obstetrică și ginecologie. Volumul I* – de Radu Ion Badea și Sorin M. Dudea.

Sperăm că vă veți bucura și de numărul acesta al revistei. De asemenea, vă așteptăm să ne împărtășiți ideile, sugestiile și, de ce nu, să alegeți să publicați articolele dumneavoastră în revista care vă aparține!

Doina Carmen Mazilu, Președinte OAMGMAMR - filiala București



Schimbările climatice devin o urgență medicală

Tot mai mulți oameni de știință, climatologi, sociologi, specialiști în sănătate publică, sau experți în bio-diversitate afirmă că schimbările climatice pot submina progresele făcute în domeniul sănătății, în ultima jumătate de secol.

Mecanismele sunt clare – schimbările climatice afectează grav factorii sociali și de mediu care sunt determinanți pentru sănătate – aer curat, apă potabilă, hrana suficientă și o locuință sigură.

Deși a luat în calcul doar o parte a posibilelor consecințe asupra

sănătății publice, o evaluare a Organizației Mondiale a Sănătății concluziona, în 2015, că schimbările climatice sunt așteptate să ducă la o creștere cu ca. 250 000 a numărului de decese pe an, în perioada 2030-2050. Dintre acestea, 38 000 ar fi în rândul populației în vârstă, din cauza expunerii la căldură, 48 000 - din cauza bolii diareice cauzate de lipsa apei potabile, 60 000 din cauza malariei și 95 000 din cauza malnutriției la copii. Costurile impactului negativ asupra sănătății populației cauzat de schimbările climatice sunt estimate a atinge 2-4 miliarde de dolari pe an, până în 2030.

Tot globul va fi afectat de schimbările climatice, dar unele zone sunt mai vulnerabile decât altele. Astfel, oamenii care trăiesc în zonele de coastă și în mega-orăse vor fi cei mai vulnerabili. Copiii, în particular copiii din țările sub-dezvoltate, sunt deja printre cele mai vulnerabile grupuri în fața riscurilor de sănătate aduse de aceste schimbări, mai ales că le vor avea de înfruntat mai mult timp. Consecințele asupra sănătății sunt așteptate a fi mai severe în cazul populației în vârstă sau a celor care suferă deja de anumite afecțiuni medicale. Zonele cu o infrastructură sub-dezvoltată a sistemelor sanitare, mai ales cele din țările în curs de dezvoltare, vor



fi foarte greu capabile să facă față acestor provocări crescânde.

“Schimbările climatice au potențialul de a reversa câștigurile de sănătate din ultimele decenii aduse de dezvoltarea economică - și nu numai prin efectele directe asupra sănătății aduse de o climă în continuă schimbare, ci și prin efecte indirecte precum creșterea migrației și scăderea stabilității sociale,” se afirmă în Raportul Comisiei Lancet publicat în 2015.

“Schimbarea climatică este o urgență medicală”, este avertismentul Co-președintele acestei Comisii, Profesorul Hugh Montgomery, director al Institutului UCL pentru Sănătate și Performanță Umană.

Comisia Lancet pentru Sănătate și Schimbare Climatică a trasat detaliat impactul schimbărilor climatice și răspunsurile de care avem nevoie în domeniul politicilor publice, pentru a adresa acest impact și a putea asigura cel mai înalt nivel posibil de sănătate publică la scară mondială. Comisia este multidisciplinară și internațională, bazată pe o puternică colaborare între centre academice din Europa și China. Oamenii de știință care lucrează în această Comisie acoperă domenii diferite, de la climatologie și geografie, științe sociale, ecologie și bio-diversitate, inginerie și economie, până la politici publice și medicină.

Publicat de Comisie în 2015, raportul subliniază că impactul direct asupra sănătății cauzat de schimbările climatice provine, de exemplu, din creșterea frecvenței și intensității fenomenelor meteorologice extreme, mai ales canicula, inundațiile, secetele și furtunile. Impactul indirect vine din schimbarea tiparelor bolilor infecțioase, din poluarea aerului, malnutriție și migrație.

În același timp, Raportul afirmă că acțiunile luate pentru limitarea sau chiar reversarea schimbărilor climatice au numeroase efecte pozitive imediate asupra stării de sănătate - de exemplu, reducerea cantităților de combustil fosil folosit industrial sau de către populație scade incidența bolilor respiratorii. În același fel, mijloacele “active” de transport precum mersul pe jos sau pe bicicletă reduc poluarea și numărul accidentelor rutiere, dar și incidența



obezității, diabetului și a bolilor cardiovasculare.

Există, de asemenea, beneficii de sănătate din schimbarea alimentației prin reducerea substanțială a consumului de carne roșie, știindu-se că creșterea animalelor în ferme industriale este o sursă importantă de poluare pentru pământ și aer.

Implementarea unor asemenea măsuri pe scară largă reprezintă una dintre cele mai importante oportunități de sănătate publică a secolului 21. Astfel, raportul Comisiei cere adoptarea de politici publice care să țină seama de reducerea poluării aerului, facilitarea accesului la surse de energie “curată” și crearea unor medii urbane mai sănătoase. Una dintre recomandările principale este accelerarea tranziției spre o economie “decarbonizată”, ceea ce ar duce la evitarea continuării încălzirii globale cu încă 2°C. Prevenția este mai bună decât tratamentul. Adresarea schimbărilor climatice acum este mult mai ieftină decât adoptarea de răspunsuri de urgență în câțiva ani, răspunsuri care vor deveni inevitabile, dacă nu se adoptă acum măsuri importante.

Prin schimbarea stilului de viață spre unul mai sănătos, starea de

sănătate a populației se va îmbunătăți considerabil. În același timp, serviciile de sănătate vor beneficia și ele deoarece vor avea mai puțini pacienți cu afecțiuni cronice, ceea ce va rezulta în costuri mai mici ale sistemului și reducerea volumului de muncă a cadrelor medicale până la un nivel sustenabil. Sistemele de sănătate pot investi în eficiența energetică a facilităților de îngrijire, ceea ce nu numai că economisește resursele sistemului, dar și reduce mai departe poluarea, aceste măsuri constituindu-se într-un adevărat cerc virtuos. Deci, toți avem de câștigat din adoptarea acțiunilor care adresează direct și imediat sursa schimbărilor climatice.

Acestea sunt mecanismele principale prin care rezolvarea problemelor care cauzează schimbări climatice ar aduce beneficii imense societății, la toate nivelurile ei, micro și macro, individ și comunitate. Prin rezolvarea acestor probleme putem contribui la continua îmbunătățire a stării de sănătate la nivel global. Iar ignorarea lor acum poate avea consecințe dramatice în numai câteva decenii. Astfel, reversarea sau, cel puțin, limitarea schimbărilor climatice se constituie într-una dintre cele mai mari oportunități ale sănătății publice în secolul 21.

Articol realizat de Mirela Mustăță, Redactor E-Asistent, Specialist în comunicare și relații publice, PhD.

Surse de documentare:

<https://www.ucl.ac.uk/news/news-articles/0615/230615-lancet-commission-climate-change#sthash.5iFWbr3a.dpuf>

<http://www.thelancet.com/commissions/climate-change>

<http://blogs.ucl.ac.uk/lancet-commission/2015/06/23/capturing-the-opportunities-for-health-through-deep-decarbonisation-of-the-energy-system/>

<http://blogs.ucl.ac.uk/lancet-commission/2015/06/23/tackling-climate-change>

mate-change-improves-health-and-saves-money/

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs266/en/>

<https://judithcurry.com/2014/12/17/ethics-and-climate-change-policy/>

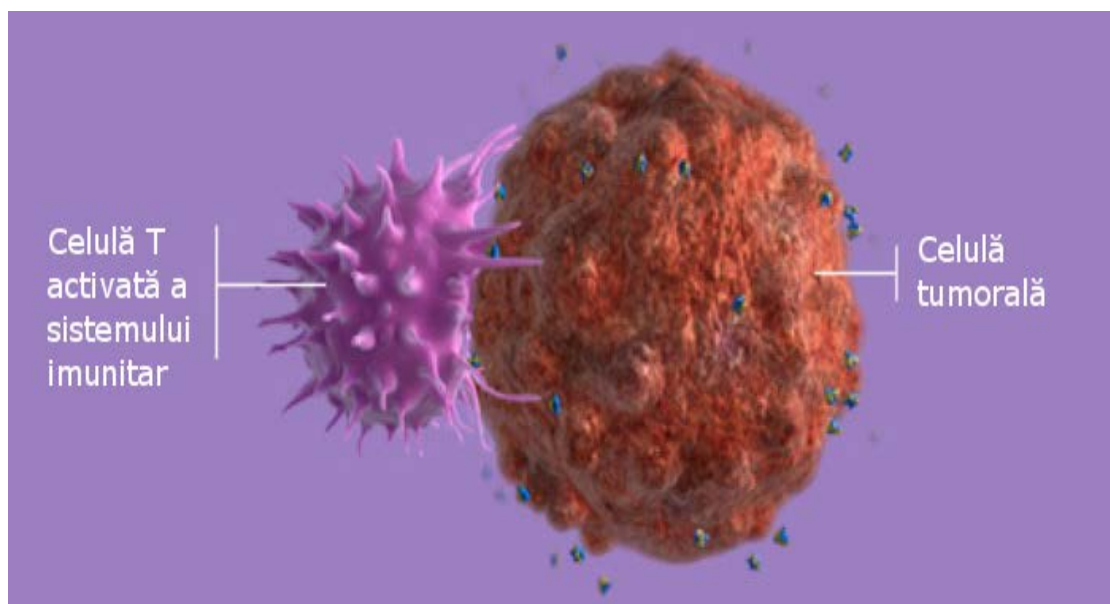
<http://www3.epa.gov/climatechange/basics/>

‘Noi putem. Eu pot’ - Tema promovată de Organizația Mondială a Sănătății în 2016 pentru lupta împotriva cancerului

Organizația Mondială a Sănătății a proclamat ziua de 4 februarie drept zi internațională a luptei împotriva cancerului. Ea urmărește creșterea conștientizării asupra uneia dintre marile probleme nerezolvate ale omenirii – epidemia numită cancer.

Cele 14 milioane de cazuri noi și cele 8 milioane de decese cauzate de cancer la nivel global, în fiecare an, se constituie într-una dintre cele mai mari tragedii ale timpurilor noastre. În ultimele decenii, avansul fără precedent din domeniul cercetărilor medicale a permis o înțelegere mai bună a cancerului, de la anatomia țesuturilor la mecanismele moleculare ale apariției și dezvoltării tumorilor.

Totuși, nu există încă un consens legat de cum apar cancerurile și cum se dezvoltă de la mici neoplasme la tumori letale. Pe baza unor dovezi experimentale, unii cercetători au avansat ipoteza că tumorile canceroase pot avea celule similare ca fenotip celulelor stem normale și că aceste celule canceroase stem (CCS) pot fi cauza apariției tumorilor. În plus, în ultimul timp, au fost făcute



anumite descoperiri legate de CCS care pot crea potențialul țintirii celulelor canceroase prin modalități ne-toxice pentru restul celulelor organismului, cele sănătoase.

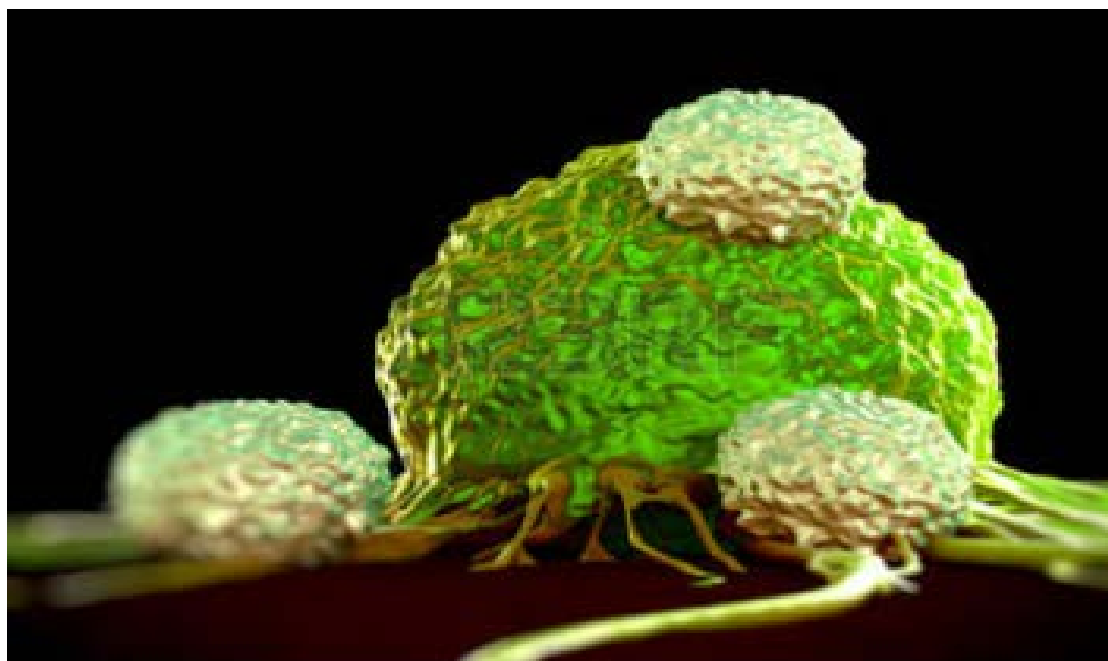
Terapia convențională de tratare a cancerului se bazează pe trei abordări principale: rezecția chirurgicală, chimioterapia și radioterapia. Rezecția chirurgicală este încă cea mai eficace metodă de tratare a unor anumite tipuri de tumori. Ea are, totuși, limitări importante: rezecția nu poate elimina complet cancerul metastatic și nu poate fi aplicată în cazul terapiei cancerului hematopoietic. De asemenea, rezecția poate influența funcții ale organismului deoarece implică, câteodată, eliminarea anumitor țesuturi normale, lăsând sechele importante. Pe de altă parte, chimioterapia și radioterapia ar putea să nu elimine complet celulele canceroase stem, ceea ce poate duce la reapariția cancerului.

Mulți cercetători studiază acum alte abordări terapeutice, diferite de chimioterapie și radioterapie, pentru distrugerea completă a celulelor canceroase stem. Însă, alți cercetători pun sub semnul întrebării ipoteza că aceste celule canceroase stem ar explica apariția tuturor formelor de cancer. Continuarea studierii originii celulelor canceroase, precum și a dezvoltării lor rămâne o nevoie primordială.

În acest context nou al luptei împotriva cancerului în care din ce în ce mai mulți cercetători caută abordări terapeutice diferite de cele convenționale, luna ianuarie 2016 a înregistrat două evenimente importante pentru lumea medicală, ambele petrecute în SUA - discursul despre Starea Națiunii al Președintelui Obama, care a inclus anunțul lansării unui program major de luptă contra cancerului și anunțul făcut de National Immunotherapy Coalition (Coaliția Națională de Imunoterapie) privind lansarea programului de cercetare "Cancer Moonshot 2020" ("salt spre lună"). Anunțat de această coaliție formată din cercetători din mediul universitar medical, oncologi sau importante firme farmaceutice și din domeniul biotehnologiei, programul este, de asemenea, extrem de ambițios și urmărește să găsească un remediu pentru cancer până în 2020.

Mai concret, programul Cancer Moonshot 2020 își propune ca în următorii 5 ani să deruleze studii clinice ale unor terapii noi, imunoterapii, pentru 20 de tipuri de tumori implicând până la 20 000 de pacienți.

Până în 2020, aceste studii clinice se așteaptă să ajungă în faza 3. Imunoterapia care stă la baza acestor studii clinice va schimba în mod fundamental abordarea terapeutică – de la distrugerea



“exogenă”, cu ajutorul “extern” al chimioterapiei, a celulelor canceroase, la stimularea sistemului imunitar al organismului pentru ca acesta să distrugă “singur” celulele canceroase.

Această abordare se axează pe secvențierea genetică personalizată care va permite dezvoltarea de tratamente personalizate pentru fiecare pacient. Deși mai este nevoie de multe cercetări, acest domeniu al imunoterapiei prezintă un potențial clar pentru lupta împotriva cancerului. Chiar dacă s-ar putea ca remediul final să vină din altă direcție, el va deschide multe alte piste utile pentru înțelegerea mai bună a bolii care, până la urmă, va duce la îmbunătățirea eficacității și eficienței terapiilor.

Articol realizat de Mirela Mustață, Redactor E-Asistent, Specialist în comunicare și relații publice, PhD.

Surse de documentare:

<http://www.cancermoonshot2020.org/>

<http://www.un.org/en/events/cancerday/>

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3777459/>

<http://www.fightcancerwithimmunotherapy.com/>

<http://www.who.int/life-course/news/events/world-cancer-day/en/>

www.123rf.com

<http://www.fightcancerwithimmunotherapy.com/>

Ziua Mondială a Bolnavului – 11 februarie

Când cel aflat în suferință are nevoie de ajutor, el cheamă un alt om. Apelează la aproapele său. Depinde de prezența sa. Celălalt om poate fi medic, asistent medical sau infirmier. Sunt toți reprezentanții lucrătorilor sanitari. Sunt instituțiile care slujesc sănătatea umană: ambulatorii medicale, farmacii, spitale, clinici, sanatorii ori case de îngrijire.

Uneori aceștia sunt îngroziți de faptul că nu pot “vindeca”, nu pot ajuta pe deplin. Încearcă să depășească acest impas, stând lângă omul care suferă și încurajându-l. Probabil, chiar mai mult decât vindecare, acesta are nevoie de prezența unui alt om. Are nevoie de o inimă umană plină de solidaritate.

Orice societate se definește, în fapt, prin modul în care are grijă de viață, de cei mai slabi, de cei aflați în nevoie, de cei mai lipsiți de apărare. Aceasta dă măsura respectului față de om.

Iar efortul și munca medicului, a asistentului medical și a infirmierului sunt, de fapt, mai mult decât o profesie. Ele sunt “vocație”, dăruire sau slujire.

Instituită de Papa Ioan Paul al II-lea, la 13 mai 1992, Ziua Mondială a Bolnavului este dedicată celui aflat în suferință și omului aflat lângă el: asistent medical, medic, îngrijitor sau infirmier.



Celebrată la o dată fixă – 11 februarie (legată de prima apariție a Sfintei Fecioare Maria la Lourdes) – Ziua mondială a Bolnavului a fost sărbătorită pentru prima dată în 1993.

Este o zi închinată tuturor bolnavilor, dar și lucrătorilor sanitari, voluntarilor, credincioșilor creștini și familiilor celor suferinzi. Ca regulă, este o zi care prilejuiește, în întreaga lume, manifestări caritabile în colectivități, spitale, cămine de bătrâni, dar și la domiciliul suferinzilor: bolnavi, persoane cu handicap, orfani, săraci.

Mesajul Papei Francis pentru Ziua Mondială a Bolnavului din 2016 a fost prezentat într-o conferință de presă recentă la Vatican, dar ea se va celebra efectiv la Nazaret. În mesajul transmis prin intermediul arhiepiscopului Zygmunt Zimowski, Președintele Consiliului Pontifical al Lucrătorilor în Sănătate, Papa Francis amintește că această zi îi oferă oportunitatea de a fi aproape de toți cei care sunt bolnavi și de cei care-i îngrijesc.

De-a lungul anilor, în România, Ziua Mondială a Bolnavului a fost celebrată de comunitățile romano și greco-catolice inclusiv prin vizite ale reprezentanților acestora în spitale sau azile, pentru a aduce daruri și alinare celor aflați în suferință.

Articol realizat de Mirela Mustață, Redactor E-Asistent, Specialist în comunicare și relații publice, PhD.

Surse de documentare:

http://en.radiovaticana.va/news/2016/01/28/message_for_2016_world_day_of_the_sick_presented_in_vatican/1204381

<http://www.e-communio.ro/stire3951-mesajului-sfantului-parinte-francisc-pentru-a-xxiv-a-zi-mondiala-a-bolnavului>

<http://www.agerpres.ro/flux-documentare/2015/02/11/zi-ua-mondiala-a-bolnavului-08-03-12>

<http://www.timeanddate.com/holidays/world/world-day-of-the-sick>

Prima parte a interviului cu managerul Spitalului Universitar de Urgență Militar Central "Dr. Carol Davila"



Viața unui om este cea mai importantă, cel mai important bun al unei societăți. Așa că societatea trebuie să-și concentreze toate eforturile și toată energia să salveze aceste vieți. Viața omului merită să fie pusă pe cel mai înalt plan.

*General de brigadă medic conf. univ. dr.
Florentina RADU - IONIȚĂ*

Conduceți o instituție militară care are o lungă tradiție - 185 de ani anul acesta. Mă uitam la lista de personalități care au condus spitalul de-a lungul timpului și m-am întrebat cum faceți să vă păstrați acest renume? Care este rețeta prin care instituția atrage pacienți și îi convinge că face tot ce poate

să-i îngrijească cu cea mai mare atenție?

Pot spune că suntem oarecum privilegiați să avem o asemenea tradiție în spate, o tradiție care ne și obligă, ne și responsabilizează. În același timp, faptul că noi suntem Spitalul Militar Central, un pol de încredere pentru societatea românească, un reper în istoria medicinei, aş putea spune, este tot în avantajul nostru.

Este o istorie care ne înnobilează, ne poziționează altfel în societate, dar, în același timp, ne obligă foarte tare. În spitalul militar central și-au desfășurat activitatea, de-a lungul timpului, medici de renume și nu numai pentru țara noastră, care au creat o școală de medicină cu standarde ridicate. Și tradiția s-a păstrat, calitatea pregătirii profesionale a medicilor reprezentând principala motivație și atracție pentru pacienți în alegerea Spitalului Militar Central.

Cred că s-a păstrat tradiția și fiindcă oamenii care aleg ca profesie medicina militară au o componentă specială. Sunt medici, cu toată încărcătura profesională și umanitară a acestei profesii, dar sunt și militari, cu rigurozitatea și disciplina caracteristice.

Chiar și cei care sunt civili și lucrează aici au ceva special, fiindcă ei aleg să lucreze aici știind că sunt niște rigori speciale. Cred că trebuie să ai o oarecare predispoziție, să îți asumi că vei trăi la un alt nivel, că vei face față unor cerințe suplimentare. Și cred că toate acestea împreună au făcut ca, de-a lungul timpului, în Spitalul Militar Central să fie o realitate deviza "Tradiție, Încredere, Profesionalism".

Dumneavoastră spuneți că renumele spitalului atrage echipa și echipa contribuie, mai departe, ca renumele lui să crească.

Da, cred că e o inter-relaționare, un cerc virtuos, care a început încă de la dr. Carol Davila. El a pus bazele medicinei militare românești și, de asemenea, și ale facultății de medicină. Spitalul s-a înființat în 1831, dar, odată cu venirea lui Carol Davila, în 1853, s-a schimbat radical viziunea asupra medicinei. Și, de atunci, s-a pus sămânța

aceasta care a rodit foarte bine peste timp. Spitalul a atras medici de valoare, cu aptitudine deosebită pentru a fi înrolați în haina militară, medicii au dus renumele spitalului mai departe. Este ceva aparte.

Vă amintiți momentul când ați devenit directorul acestui spital? Ce-ați gândit atunci?

Am fost oficial numită comandantul spitalului vineri, pe 24 ianuarie 2014, dar prima zi efectivă de lucru a fost luni, 27 ianuarie. În duminica precedentă ninsese foarte mult. A trebuit să încep în plină forță, ca să spun așa, pentru că spitalul, care este multi-pavilionar, era înzăpezit. Sunt 8.8 ha de teren, cu nenumărate alei. Așa că prima mea zi de comandant a fost în mijlocul evenimentelor și chiar că nu mă confruntasem până atunci cu așa o problemă!

Mi-am dorit să devin comandantul spitalului. Nu neapărat fiindcă îmi place să am funcții de conducere, ci pentru că am considerat că pot să fac mai multe pentru spitalul acesta. Îl iubesc foarte mult.

Am ales să fiu medic militar, am ales să lucrez aici, am considerat că spitalul merită mai mult și am crezut că eu pot să fac ca acest lucru să devină realitate. Am trecut peste anumite reticente pentru a deveni comandant.

Când m-am înscris la examen, eram șef de secție, medic primar gastroenterolog, cu un renume bun, zic eu, printre pacienți și în societatea de gastroenterologie. În acest context, a fi comandant nu mi-ar fi făcut în niciun caz viața sau munca mai ușoară.

Dimpotrivă! Știam însă că pot să fac mai mult.

Colectivul secției de gastroenterologie, cu oameni de o calitate profesională și morală deosebită, a ajuns, la un an după ce am devenit șef de secție, cel mai performant și cu cea mai mare adresabilitate din spital. Așa este și acum! Laboratorul de endoscopie digestivă, parte componentă a secției, este prin-



tre cele mai bine dotate din țară, cu circuitele funcționale la cele mai ridicate standarde. Și m-am gândit că ce am făcut la nivelul secției poate fi extrapolat la nivelul întregului spital. Am avut încredere în puterile mele, dar mai ales în colegii mei din spital, pe a căror pregătire profesională știam că pot să mă bazez.

Pe de altă parte, a fost un concurs greu. Am fost 6 pe loc. Era un vid de management și mai mulți colegi s-au gândit, ca și mine, că pot să facă mai multe pentru spital. Era neapărată nevoie!

M-am pregătit extraordinar de mult. E adevărat că dădusem dovada abilităților de management cât am fost șef de secție, dar cu 2 luni de zile înainte de examen, mi-am luat concediu și tot ce am făcut a fost să citesc management și legislație. Oricum eram la curent cu ce se întâmplă, dar una este să fii șef de secție și alta să fii manager de spital. Două luni nu am făcut nimic altceva, ci m-am pregătit ca pentru admitere. Am știut că numai așa pot reuși.

A fost un moment emoționant, care m-a responsabilizat. Nu vreau să spun vorbe mari, dar nu știu cum altfel să vă transmit ce am simțit atunci, continui să simt și acum și sper să fie așa pe toata durata mandatului meu. Am un sentiment al datoriei care trebuie



împlinită. În același timp, am sentimentul că, pe durata mandatului, timpul nu-mi mai aparține. M-am dedicat acestui spital pe deplin. De altfel, așa am simțit de când am intrat pentru prima dată pe porțile lui. Dar acum simt mai puternic că trebuie să fac asta: că Spitalul Militar Central trebuie să-și recapete rolul în societate, să iasă din conul de umbră în care intrase la un moment dat. Nu din cauza colectivului, ci din cauza procedurilor, din cauza modului în care a fost manageriat. Din acest motiv am și ales să candidez la poziția de comandant. Nu sunt un om lipsit de modestie, dar, împreună cu colegii mei, chiar am început să facem lucruri deosebite. Și numai când iubești din suflet ceva, când pui pasiune, poți să schimbi lucrurile. Iar oamenii simt asta, sunt convinsă. Pacientul este cel mai bun judecător al unui medic. La fel și echipa pe care o conduci – ei știu cel mai bine dacă acel lider, acel manager, este bun sau nu. Oricât ai fi tu de "numit", dacă oamenii nu te recunosc de lider, nu ai ce face.

Noi, ca medici militari, știm clar care este datoria noastră. Însă noi, medicii, suntem niște militari puțin atipici, căci sufletul unui doctor este ceva special. El se dedică, în fiecare zi, pacienților. Te încarci și cu experiență și energetic din interacțiunea cu pacienții. Ești ca un fel de mediator, de păstrător al acestor energii, care sunt folosite pentru alinarea suferințelor.

Care sunt realizările de care sunteți foarte mândră, din activitatea dumneavoastră de manageriat de până acum?

Sunt foarte multe. Ce mă bucură cel mai mult este că am reușit să obținem statutul de spital regional. Pentru asta a trebuit să luptăm aproape un an de zile. Noi eram, de fapt, spital regional, dar nu primeam și recunoașterea formală. Spital regional înseamnă să ai toate specialitățile medicale, să ai adresabilitate, să vină pacienții din toate părțile, să ai aparatură și să poți acorda îngrijiri medicale la cel mai înalt nivel, pentru cazuri complexe. Aceasta îți deschide drumul spre altă finanțare și dotare. Dar un an de zile a trebuit



să ne luptăm cu sistemul pentru a primi recunoașterea formală că suntem un spital regional. Proiectul meu de management se întemeia pe acest lucru - că trebuie să facem tot ce este nevoie pentru a fi recunoscuți ca spital regional. Eu îmi propusesem să obținem acest statut în trei ani, dar am reușit într-un an. A fost foarte important. S-a întâmplat anul trecut, în ianuarie (n. a. 2015).

Un alt moment de mândrie a fost atunci când am inaugurat blocurile operatorii de la oftalmologie și dermatologie, radioterapia, când impactul și recunoașterea noastră la nivel național au devenit deosebite. Și, câte un pic, câte un pic, s-a statuat spitalul pe rolul lui real în societate.

Ceva deosebit, responsabilitate, cât și tristețe și speranță, am simțit în toată perioada în care ne-am ocupat de îngrijirea pacienților răniți în tragedia de la Colectiv. Pentru noi, a fost o perioadă foarte, foarte dificilă. Parcă eram în transă. Nu numai eu, ci toți colegii. Am acționat numai pentru ei. Nu mai știam nimic altceva decât să le fie lor bine. Eram, parcă, rupți de realitate. Atunci am fost mândră că sunt comandantul acestui spital.

Toată lumea a pus tot sufletul, de la medicii de la Camera de gardă care i-au primit, la personalul din terapie intensivă și chirurgie plas-

tică, farmacie, sterilizare, până la bucătarul care pregătea hrana sub indicațiile medicului nutriționist. Faptul că totul s-a terminat cu bine, că la spitalul militar nu a murit niciun pacient și recunoașterea ulterioară primită din partea societății pentru colectivul spitalului m-au umplut de mândrie. Nu aș fi vrut ca momentul în care spitalul nostru să fie recunoscut la adevărata valoare să fie de asemenea natură tragică, însă așa a fost să fie.

Spitalul Militar Central a părut să fie mai bine pregătit decât spitalele civile să facă față provocării venită odată cu tragedia de la Colectiv. Chiar și în plan mediatic. Prin ce anume credeți că s-a diferențiat?

În primul rând, noi, prin chiar organizarea noastră, suntem pregătiți să facem față dezastrelor, calamităților. Am avut rezervele necesare de materiale sanitare și medicamente care să ne permită să facem față unor asemenea situații. În plus, suntem mai bine pregătiți să intervenim contra-cronometru. Doi, organizarea a fost foarte importantă aici. Când am fost înștiințată de ministrul apărării că vor veni la noi răniți, am intrat în dispozitiv de alarmă – am dat alarma



tuturor șefilor de secții care consideram că trebuie să fie implicați – terapie intensivă, toate chirurgiile, în special chirurgie plastică și neurochirurgie, traumatologie. Era vineri seara, mulți erau acasă, dar, până la 24:00, erau toți aici. Am stabilit care era situația, câți medici de gardă erau deja aici, câte asistente sunt disponibile, câți mai trebuie să chemăm de acasă. Sistemul acesta de alarmare care este specific medicinei militare ne-a ajutat în mod clar.

La început, nu știam dimensiunea dezastrului, erau zvonuri contradictorii, așa că am făcut necesarul de paturi libere în spital. În funcție de câte paturi erau disponibile, am hotărât dacă e nevoie să fie externați sau relocați pacienți din secțiile chirurgicale și terapie intensivă. În plus, când au venit în camera de gardă, pacienții au fost evaluați inter-disciplinar chiar acolo. Unde a fost cazul s-au făcut radiografii sau tomografii. Toți pacienții au trecut prin terapie intensivă. Nu au mers direct la chirurgie plastică. În terapie intensivă, au fost evaluați, echilibrați și, pe măsură ce starea lor se ameliorează, erau transferați în secția de chirurgie plastică. Zilnic, sau de mai multe ori pe zi, au fost făcute consulturi interdisciplinare: pneumologie, bronhoscopie - chiar din primul moment, au fost aspirate secrețiile bronșice, s-a făcut lavaj, ceea ce a diferențiat evoluția pacienților față de alte spitale, consult oftalmologie, ORL, boli infecțioase, susținere psihologică, psihiatrică, nutriționist.

Intervențiile chirurgicale s-au făcut de către echipe mixte. Aici am fost puțin descoperiți, căci, în acel moment, nu aveam decât doi medici prezenți în secția chirurgie plastică. Al treilea doctor din secția de chirurgie plastică era în concediu de maternitate, însă a venit la spital în seara respectivă, la fel ca și fosta șefă de secție, pensionară, care a venit de acasă atunci și ne-a ajutat.

Am eliberat un bloc chirurgical în întregime și acela a fost destinat numai pentru cazurile cu arsuri. S-au făcut trei echipe mixte – fiecare avea câte un medic de chirurgie plastică, șeful echipei și alți 3 chirurghi din celelalte secții cu profil chirurgical. Aceste aspecte țin de strategia fiecărui spital și noi așa ne-am organizat atunci. Șeful de la Terapie Intensivă, Dr Ene, a stabilit că fiecare pacient are câte

un medic A.T.I. dedicat. Medicul și pacientul. Am avut 12 pacienți internați la noi și fiecare dintre ei a avut alocat câte un medic personal de anestezie-terapie intensivă. Pentru pacientul transferat în Olanda, medicul TI l-a însoțit pe avion în timpul transferului. Acest lucru a contat enorm în supraviețuirea pacientului pe timpul transportului.

Am avut și managementul corespunzător, dar și devotamentul adecvat din partea oamenilor. Iar ca strategie, am făcut următoarele – secțiile de TI și cea de chirurgie plastică nu puteau reuși, cu personalul pe care-l aveau, să asigure îngrijirea corespunzătoare pentru pacienții arși, mai ales că în același timp spitalul a mers înainte, au fost îngrijiți și pacienții ceilalți. Așa că am detașat personal din toate celelalte secții ale spitalului. Din fiecare secție am detașat câte două asistente și infirmiere, pentru ca acești pacienți să aibă asigurată tot timpul îngrijirea completă de care aveau nevoie. Iar îngrijirea pacienților cu arsuri este foarte complexă. Fiecare știa ce are de făcut. Iar lucrurile au mers foarte bine. S-au stabilit relații interumane deosebite, care au depășit tipicul relației personal medical - pacient. Îi știm pe toți pe nume, știm foarte multe despre ei și familiile lor, chiar și despre preferințele lor culinare.

În același timp, am ținut permanent legătura cu Ministerul Sănătății și alte unități medicale, în caz că era nevoie de medicație, materiale sanitare sau aparatura specială. Cu ajutorul Crucii Roșii și al sponsorilor am achiziționat atunci niște aparate de care am considerat că avem nevoie. Noi avem terapia intensivă dotată excelent – 12 ventilatoare noi (chiar am dat două dintre ele la Elias). Aparatură aveam, dar pentru o îngrijire modernă erau unele mai speciale - de exemplu, aparatul acela de oxigenare extracorporală, trombelastograf, aparatul de calorimetrie indirectă - cu acest aparat, medicul stabilește care este necesarul de calorii pe care trebuie să le administreze pacientului. Hrănirea pacienților s-a făcut științific. Am avut nutriționist din spital care a spus zilnic ce trebuie să mănânce fiecare pacient, în funcție de determinarea care i se făcea. Au contribuit toate - managementul bun și oamenii profesioniști, devotați și deosebiți.

Prima parte a interviului cu doamna Plutonier adjutant principal Giorgeta GROSU, Director îngrijiri medicale la Spitalul Universitar de Urgență Militar Central “Dr. Carol Davila”



Am aflat că faceți parte din prima promoție de fete care a absolvit Școala de subofițeri sanitari de la Focșani.

Povestiți-mi puțin despre cum ați început activitatea.

Deși totul se întâmpla în urmă cu 34 de ani, când pășeam cu încredere pe poarta școlii militare sanitare, re trăiesc și acum, cu aceeași in-

tensitate, emoțiile de atunci. Mai întâi îmi împlineam un vis din copilărie, acela de a deveni asistent medical, iar faptul că eram îmbrăcată în uniforma militară, ceea ce pentru vremea aceea era un pionerat, îmi umplea sufletul de o simfonie de sentimente - datorie, respect, onoare și demnitate. Mi-a plăcut rigurozitatea vieții cazone și seriozitatea lectorilor, a comandanților și șefilor mei. Acolo am înțeles ce înseamnă să lucrezi cu omul sănătos dar, mai ales, cu pacientul, am învățat cât de important este să-ți respecti aproapele și mai ales să fii un om de onoare. Școala militară m-a format ca om, a pus bazele serioase care au făcut posibilă transformarea și desăvârșirea mea în profesionistul de astăzi.

Am absolvit școala în anul 1984 și am optat pentru Garnizoana București, dar cum, în acel an, nu au fost scoase locuri în spital, am lucrat, până în anul 1991, într-o unitate militară, ajungând, în anul 1992, în Spitalul Universitar de Urgență Militar Central "Dr. Carol Davila".

Ce a însemnat cariera dumneavoastră în Spitalul Militar? Ce parcurs profesional ați avut?

Nu cred că e corectă formularea dumneavoastră despre carieră în Spitalul Militar Central, pentru că, prin simboluri, istorie și mai ales datorită oamenilor care au lucrat și, unii dintre ei, încă mai lucrează aici, am simțit că medicina militară nu e o carieră, ci un stil



de viață, total aparte de ceea ce cunoscusem și întâlnisem până atunci. Mi-am dedicat sufletul acestei instituții care, în scurt timp, s-a identificat cu viața mea, familia mea, prietenii mei, felul meu de a fi, iar trăind aceste sentimente m-am putut bucura de prezent și am putut construi, alături de oamenii de aici, un viitor. Spitalul Militar Central mi-a oferit posibilitatea să fac carieră.

Inițial, mi-am început activitatea, ca asistent medical, în Clinica de Neuropsihiatrie, apoi, ca asistent coordinator, în Ambulatoriul de Specialitate iar, din anul 2010, sunt director de îngrijiri. Fiecare etapă a carierei m-a ajutat și m-a motivat să mă pregătesc pentru a deveni cea de astăzi. Când mă gândesc la Spitalul Militar mă gândesc la cei mai frumoși 24 de ani din viața mea. Indiferent de trecerea timpului și de provocările inerente ale profesiei, această instituție continuă să facă parte din mine, în aceeași mare măsură ca la început.

Ce înseamnă, de fapt, viața unui director de îngrijiri în Spitalul Militar Central?

Înainte de a vă descrie, pe scurt, ce înseamnă o zi din viața unui director de îngrijiri, aș vrea să punctez faptul că, în rețeaua sanitară a Ministerului Apărării Naționale, până la acest moment, sunt singurul director de îngrijiri subofițer sanitar, iar asta atrage după sine anularea a ceea ce numesc unii program de serviciu. Pentru un militar, câteodată asta poate însemna chiar activitate continuă, care să nu țină cont de concediu sau sărbători și nici de intervalul orar 7.30-15.30.

Viața mea ca director de îngrijiri este frumoasă, cu multe satisfacții, cu și mai multe responsabilități. Nu întotdeauna ești pe placul celor din jur și este firesc să fie așa. Când ești într-o funcție de conducere și toată lumea îți este prietenă, înseamnă că este o problemă la tine. Indiferent de situație, la locul de muncă suntem șefi și subordonați, fie că-ți place, fie că nu. Prietenii într-o astfel de situație nu se pot dezvolta sau nu în sensul că dacă îmi ești prietenă înseamnă că trec cu vederea anumite lucruri. Nu, nu există așa ceva. Consider că prietenii sunt dincolo de poarta spitalului.



Aici, deși poate fi greu de înțeles pentru unii, suntem într-o simplă relație de colegialitate, condimentată, ca să zic așa, doar de bucuria lucrului bine făcut, de considerație și respect reciproc față de activitatea fiecăruia dintre noi. Cred că, în acest mod, reușesc să-mi fac treaba cu responsabilitate și fără nici un fel de părtinire.

Nu mă comport neapărat ca un șef, dar spun că, atunci când ajung într-o secție, colegile nu se simt foarte confortabil. Poate este bine, poate nu, dar acesta este felul meu de a fi și stilul meu de muncă. Atunci când șeful este pe lângă tine, îți faci treaba cu mai multă atenție. Vrem sau nu, cu trecerea timpului și căpătarea unei bogate experiențe profesionale, activitatea unui asistent medical alunecă spre un anumit grad de confort, generat de rutină. Sigur, avem un alt pacient, un alt caz, dar, de principiu, în fiecare zi, se face același protocol de îngrijire și administrare a tratamentului prescris de medic.

Din aceste considerente, rolul directorului de îngrijiri este acela de a controla ca această rutină să nu nască breșe în siguranța asistenței medicale dedicată pacientului, așa că aplic teoria ca "ochiul șefului să vegheze".

La început, până ne-am obișnuit unii cu alții, a fost mai greu. Acum, după 5 ani de directorat, cred că lucrurile au început să funcțio-

neze bine. Fiecare a înțeles ce și cum trebuie să facă, astfel încât lucrurile să meargă de la sine.

Înțeleg că aceasta e partea grea, cea complicată. Care este zona care aduce satisfacții?

Satisfacțiile mele derivă, în principal, din faptul că am reușit să construim și să fim o echipă, fapt dovedit prin faptul că ori de câte ori solicit ajutor, colegii mei răspund “prezent” și din realizarea și implementarea unui management competițional între secții, pe componenta acordării îngrijirilor de către asistenții medicali, bazat pe indicatori de performanță și chestionare de satisfacție a pacienților. O altă bucurie vine din faptul că, în viața noastră, am reușit să avem și o componentă socială, în sensul că ne petrecem câteva ore, din când în când, împreună, în afara cadrului instituțional. Colegii au siguranța unui dialog deschis între noi, indiferent că e vorba de probleme profesionale sau personale – au certitudinea că dacă au o problemă și vin la mine, împreună găsim calea cea mai bună de rezolvare. Aceste lucruri înseamnă foarte mult pentru mine și mă obligă să nu-i dezamănesc. Sunt convinsă de faptul că ei știu că, oricând și indiferent de problemă, sunt acolo cu și pentru ei.

Marea majoritate a asistenților șefi sunt tineri, oameni cu studii superioare (aproape 80%). Sunt oameni cu viziune, care mă ajută. Eu, ca șef, nu dețin adevărul absolut. Ne întâlnim la ședințe, discutăm, punem o problemă în dezbatere și de acolo pleacă concluzia, ideea cea mai bună. Sunt mândră de echipa mea. Relația este deschisă, frumoasă și bazată pe încredere reciprocă.

Că tot ați spus că marea majoritate a asistentelor șefe sunt tinere, cum percepeți generația care vine, cea care vă va înlocui?

Aș putea să vă răspund din două puncte de vedere – primul, ca fost profesor de școală sanitară și al doilea, ca asistent medical sau director de îngrijiri. Așa cum a văzut profesorul, pot spune că dezinteresul este pe primul plan. Elevii de astăzi nu sunt interesați de această profesie. Persoanele pe care noi le pregătim să ne în-

grijească mâine nu sunt ceea ce ne dorim. Aleg școala sanitară nu pentru că au dragoste și empatie față de omul bolnav. Alegerea o fac pentru un salariu mai bun, pentru că pot pleca peste hotare mai ușor sau pentru ca așa spune familia. Oricum, pregătirea este la un nivel foarte scăzut. Această profesie nu o poți învăța la frecvență redusă. Nu poți înțelege ceea ce ai de făcut practic, dacă nu ai coerența cunoașterii oferită de curricula școlară. Practica este superficială, fără o rigurozitate din partea elevului și a școlii. Știu elevi de anul 3, de la o așa zisă "școală sanitară", care de 2 ani fac practică într-un cabinet medical în care sunt tratați ca piese de mobilier.

Ca asistent medical, mă tem că pot fi pacienta acestor absolvenți. Sigur nu sunt toți la fel, dar procentul celor care, într-adevăr, au chemare pentru această profesie este din ce în ce mai mic. Sunt dezamăgită.

Dar unde credeți că este problema? Sunt orientați profesional greșit? Valorile societății nu mai sunt cele corecte?

Dacă ne uităm în societate, pentru toată lumea este o certitudine faptul că, în general, școala românească, are o problemă. În ceea ce privește școlile sanitare, cred că o problemă vine din faptul că au apărut foarte multe școli private, unele făcute într-un apartament, altele făcute de oameni care nu au maturitatea și cunoașterea necesare. Nu poți să deschizi o școală sanitară oricum, fără să ai dotarea minimă necesară, fără să ai contracte ferme cu oameni responsabili, care să fie motivați să pregătească viitorii profesioniști, fără să ai o bază de practică corespunzătoare.

O altă problemă ar fi felul în care profesorul se prezintă în fața elevului, rolul acestuia fiind decisiv în procesul de formare a viitorului profesionist. Profesorul este cel care îi poate deschide elevului pofta de a învăța sau i-o poate suprima. Dacă te duci în fața elevului dezordonat, insuficient pregătit și-i prezinți cursurile superficial...așa te va cataloga și el. Când eram profesor, mă pregăteam ore în șir pentru a mă prezenta în fața clasei, în așa fel încât toți cei prezenți să plece cu noțiunile învățate din clasă, iar orele să fie

plăcute și nu o corvoadă. Sigur că lucrul acesta era greu dar și satisfacțiile erau pe măsura eforturilor. Scoatem absolvenți pe bandă rulantă și îi lăsăm să se pregătească la locul de muncă. Trebuie, însă, să ai și pe ce să construiești – școala ar trebui să pună o bază solidă, pe care să poți dezvolta ulterior.

Poate ar trebui făcute mai multe schimbări calitative în ceea ce privește întregul proces de pregătire a asistentului medical.

Continuarea interviului în numărul următor.

“Audaces Servamus” – Îngrijindu-i pe cei curajoși!



Spitalul Universitar de Urgență Militar Central din București, unitate medicală de elită cu o istorie de peste 180 de ani, a revenit recent în prim planul atenției publice. În ultimele aproape 3 luni, aici au fost îngrijiți cu abnegație și profesionalism, la fel ca în alte 9 spitale din București, pacienți răniți în incendiul de la Clubul Colectiv.

Echipa spitalului este mulțumită de evoluția stării de sănătate a acestor pacienți, ocupându-se acum de recuperarea medicală a șase dintre ei, cu ajutorul unor programe de kinetoterapie, asistență nutrițională și consiliere psihologică.

De asemenea, pentru procedurile de recuperare medicală, spitalul folosește, pentru prima dată, o instalație specială numită “Camera Hiperbară” care accelerează procesul de vindecare. Această facilitate de tratament de ultimă generație este numai unul dintre modulele în care Spitalul Militar Central oferă îngrijiri medicale adaptate cerințelor secolului 21, continuând tradiția de excelență și profesionalism începută acum mai bine de 180 de ani.

Istoria spitalului se împletește, practic, cu istoria României moderne - unitatea medicală care va deveni Spitalul Militar Central a fost înființat ca lazaret (infirmierie) în 1831, când Domnitorul Țării Românești îl însărcinează pe șeful oștirii să organizeze un spital ostășesc. Colonelul doctorul Grünau, medic german stabilit în Țara Românească, este numit de șeful oștirii, Spătarul Alexandru Ghica, să întocmească proiectul spitalului. Tot Doctorul Grünau îi asigură și conducerea până în 1837, fiind, de fapt, primul organizator al Serviciului medical militar, cu o contribuție importantă și în crearea învățământului medical militar.

Începând cu anul 1853, conducerea spitalului este încredințată de domnitorul Barbu Știrbei Doctorului Carol Davila, fondatorul școlii naționale de Medicină și Farmacie. Dr. Davila conduce spitalul timp de 29 de ani, lăsând o amprentă de neșters asupra evoluției lui, prin elaborarea unui regulament modern de funcționare, care consfințea cele 2 funcții esențiale ale asistenței medicale - chirurgia și medicina internă - și crearea infrastructurii logistice necesare bunei lui funcționări.

Un moment esențial al dezvoltării viitoare a spitalului este decretul domnesc dat de Alexandru Ioan Cuza în 1862, pe baza căruia au fost înființate Corpul Ofițerilor Sanitari ai Armatei și Direcția Generală a Serviciului Sanitar Român, etapă fundamentală în evoluția medicinei militare ca ramură distinctă în sistemul medical românesc.

După ce, mai mult de 50 de ani de la înființare, spitalul a funcționat în alte locații (întâi în Spitalul Filantropia, Mănăstirea Mărcuța, Mănăstirea Mihai Vodă sau într-un sediu pe Str. Știrbei Vodă), o bornă importantă din istoria spitalului este finalizarea, în anul 1889, a sediului propriu în zona străzii Ștefan Furtună.

Construirea spitalului a durat 6 ani, fiind început în 1883, când Ministerul de Război a achiziționat terenul de lângă Gara de Nord, pentru a facilita accesul vagoanelor cu răniți care ar fi urmat să fie transportați de pe front. Din 1859, Spitalul Armatei a primit numele de Spitalul Militar Central, care, la jumătatea secolului XX, a devenit "Regina Elisabeta", iar în 1996 este denumit "Spitalul Clinic

Militar Central”.

Constând din structuri pavilionare conform standardelor perioadei în care a fost construit, sediul actual a găzduit spitalul în tot acest răstimp, cu o pauză de câțiva ani, în timpul Primului Război Mondial. Atunci, spitalul a fost dizlocat în Moldova, din cauza ocupației germane, el revenind la bază în 1918.

Pe toată durata Primului Război Mondial, Spitalul Militar Central a adus o contribuție esențială la îngrijirea militarilor răniți pe front, la fel ca în timpul celui de Al Doilea Război Mondial, chiar și după avariile serioase suferite în urma bombardamentelor aeriene din primăvara anului 1944.

Procesul de diversificare a specialităților medicale, început încă de la sfârșitul Primului Război Mondial, se accelerează după Al Doilea Război Mondial, când Spitalul Militar Central parcurge un remarcabil proces de înnoire și creștere permanentă a calității și complexității îngrijirilor oferite.



Procesul de modernizare și eficientizare a activității din ultimii ani, care a vizat și introducerea de indicatori de performanță și management al riscului, a făcut ca Spitalul Militar Central să primească statutul de spital NATO, operând la cele mai înalte standarde de calitate.

Încă de la înființare, Spitalul Militar a jucat un rol esențial în oferi-

rea de îngrijiri medicale de calitate, în toate momentele dificile ale istoriei noastre, pe timp de război, dar și pe timp de pace, precum cutremurul din 1977, sau revoluția din 1989. Contribuția adusă de colectivul spitalului în toți acești ani a consfințit locul de frunte pe care-l ocupă în sistemul medical românesc. În plus de asistența medicală multidisciplinară oferită la cele mai înalte standarde de excelență, atât pentru medicina de urgență, cât și în domeniul serviciilor primare - specializate sau în ambulatoriu - Spitalul Militar Central a desfășurat și o vibrantă activitate didactică și de cercetare și dezvoltare. În acest context, Spitalul Militar Central organizează, în fiecare an, evenimente de înaltă ținută științifică, unele dintre cele mai importante fiind, în 2014, Cursul internațional de patologie pancreatică sau, în 2015, Congresul Național de Medicină Militară și Conferința “Zilele Spitalului Militar Central Dr. Carol Davila”, ajunsă la ediția a V-a.

La Spitalul Militar Central se desfășoară și o remarcabilă activitate de cercetare și dezvoltare în diverse specialități medicale, fiind susținută atât de specialiștii proprii, dar și în colaborare cu specialiști din alte unități academice sau medicale.



Una dintre cele mai recente distincții care atestă calitatea activității științifice din cadrul Spitalului Militar este cea obținută în noiembrie 2015 de către specialiștii de aici, în colaborare cu specialiști de la Universitatea Politehnică București.

Acest colectiv de cercetare a câștigat medalia de aur la Concursul internațional de inventică Eureka, de la Bruxelles, cu invenția “Proteză de șold scurtă femurală cervicală”.

Aceasta dovedește că excelența profesională și creativitatea sunt valori fundamentale îmbrățișate de colectivul acestei unități de elită pentru atingerea superlativelor profesiei medicale.

Articol realizat de Mirela Mustăț, Redactor E-Asistent, Specialist în comunicare și relații publice, PhD.

Surse de documentare

<http://www.scumc.ro/>

<http://www.mediafax.ro/social/incendiul-din-colectiv-spitalul-militar-toti-cei-sapte-pacienti-ramasi-internati-sunt-in-sectia-de-chirurgie-in-stare-buna-14879143>

<http://www.mediafax.ro/social/sase-raniti-in-incendiul-din-colectiv-vor-face-recuperare-la-spitalul-militar-din-capitala-14965450>

<http://www.mediafax.ro/stiinta-sanatate/medici-de-la-spitalul-militar-premiati-cu-aur-la-concursul-international-de-inventica-eureka-14896986>

www.sanatateabuzoiana.ro

Europa de vest și de est: aceeași problemă – îmbătrânirea populației – se caută soluții

"Cine nu are bătrâni să-și cumpere"



Așa sună o veche vorbă românească. Este un îndemn la prețuire, respect și grijă față de cei care au străbătut și înțeleg mai bine un drum pe care mulți abia pășim.

Dar ce știm despre cum își doresc bătrânii să fie îngrijiți și, când aflăm, ce facem cu ceea ce descoperim?

Cei mai mulți dintre noi preferă să trăiască la bătrânețe și să-și petreacă ultimele zile acasă. Cu toate acestea, politicile publice sunt destul de lente în a sprijini o schimbare de paradigmă și de a face tranziția de la modelul de îngrijire în instituții și spitale către cel preponderent oferit la domiciliu.

Chiar și în țările europene care oferă cel mai larg suport public sectorului îngrijirilor persoanelor vârstnice, majoritatea serviciilor de îngrijire la domiciliu sunt acordate de manieră informală. Aceasta în condițiile în care cele mai multe finanțări publice pentru îngriji-

rile pe termen lung continuă să meargă către îngrijirea instituțională – peste 70% în Islanda, Elveția și Belgia. Ca nivel de cheltuieli, aceasta reprezintă 0.3-3.9% din produsul intern brut.

În condițiile în care, în totalul populației europene, grupa de vârstă de peste 80 de ani crește mai repede decât oricare alta, este necesară o mai bună alocare a sprijinului acordat din fondurile publice între cele două sectoare: îngrijirile informale la domiciliu și cele instituționalizate. Alegerea unui model mai apropiat de ce se întâmplă în realitate, prin coordonarea unui mix de servicii - care să includă servicii sociale și de sănătate, ajutor tehnic și suport pentru îngrijirile informale - este esențială pentru a avea sisteme de sănătate și de îngrijire viabile pe termen lung.

Dacă ne uităm la definiția pe care o dă Organizația Mondială a Sănătății, îngrijirea pe termen lung înseamnă “Sistemul de activități întreprinse de îngrijitori informali (familie, prieteni și/sau vecini) și/sau profesioniști (sănătate și servicii sociale), pentru a se asigura că o persoană care nu este pe deplin capabilă de auto-îngrijire, poate menține cea mai bună calitate a vieții, în funcție de preferințele sale individuale, cu un nivel maxim de independență, autonomie, participare, împlinire personală și demnitatea umană “.

În ceea ce privește modul în care beneficiază populația vârstnică de îngrijire în țările Uniunii Europene, situația este foarte diferită. Dacă în Federația Rusă și Polonia proporția persoanelor de peste 65 de ani care primesc îngrijire în instituții specializate este sub 1 %, procentul crește până la 9% în Islanda. Pe de altă parte, proporția celor care primesc sprijin din fonduri publice pentru servicii acordate la domiciliu variază de la cifre aproape nesemnificative în cele mai multe țări din estul Europei, către 25 % în Danemarca. De observat că, în marea majoritate a țărilor, în jur de 80 % dintre cei care primesc îngrijire pe termen lung au peste 80 de ani.

Trebuie spus și că acest tip de îngrijire este asigurat atât de sistemul formal (reprezentat de o largă varietate de servicii comunitare de la servicii de sănătate publică, la servicii de medicină primară, servicii la domiciliu, servicii de recuperare sau servicii paleative, sau

asistență instituționalizată în cămine), cât și de cel informal. Serviciile implicate de sistemul formal includ și tratamente care opresc sau reversează o anumită boală sau dizabilitate.

Pe lângă faptul că alegerea unui model de îngrijire sau a altuia are o componentă legată de tradiții și moștenirea culturală, accesul la servicii de calitate de îngrijire în instituții este foarte diferențiat de-a lungul Europei. Cerința de a co-finanța o anumită parte a costurilor constituie, în sine, o barieră. Instituțiile de îngrijire pe termen lung a vârstnicilor, de cele mai multe ori, solicită contribuții financiare prohibitive, în plus de cele acoperite din fonduri publice. În unele cazuri, acestea depășesc semnificativ salariul mediu net al unui angajat din pătura de mijloc.

Dincolo de aspectele legate de finanțare și de presiunile sociale generate de păstrarea unor tradiții în ceea ce privește modelele de îngrijire a vârstnicilor, accentul din ce în ce mai crescut pus pe afecțiunile cronice aferente unei populații îmbătrânite generează o presiune din ce în ce mai mare pe forța de muncă din domeniul sănătății. Aceasta apare în condițiile în care însăși forța de muncă este afectată de un proces de îmbătrânire în cele mai multe țări din Europa. De exemplu, în țări precum Danemarca, Franța, Norvegia, Suedia sau Islanda, vârsta medie a asistentelor medicale angajate în acest moment în sistemul de sănătate este 41-45 de ani. Mai mult, capacitatea de pregătire adecvată în domenii precum geriatria și gerontologia este, de multe ori, inadecvată. Aceasta se referă atât la nivelul general de cunoștințe al practicienilor, cât și la pregătirea insuficientă a specialiștilor în geriatrie sau la programe insuficiente de training.

Pe măsură ce lucrurile vor evolua, actualele modele de servicii de îngrijire vor avea din ce în ce mai multe dificultăți. Spre deosebire de situația actuală, trebuie gândite modele de servicii de sănătate prin intermediul unui personal pregătit adecvat pentru a face față nevoilor speciale, dar și factorilor de risc care-i afectează pe vârstnici. Mai mult, serviciile informale de îngrijire oferite de familie și prieteni sau comunitate trebuie să fie sprijinite și îmbunătățite

pentru a permite cât mai multor persoane cu limitări funcționale să rămână la domiciliu cât mai mult cu putință.

Amenințarea vine și din aceea că îmbătrânirea, alături de creșterea proporției populației dependente care generează creșterea nevoii de servicii de îngrijire pe termen lung, vine pe fondul unei reduceri a proporției populației active care să susțină aceste costuri și, deci, a bazei de impozitare.

Dacă ne uităm la țările din jurul României care au trecut prin etape cu care ne putem compara și noi, situațiile sunt relative diferite.

De exemplu, în Bulgaria, grație unor reforme recente care au avut scopul de a susține desinstituționalizarea și concentrarea pe servicii comunitare și la domiciliu, serviciile de îngrijire pe termen lung și sistemul de servicii sociale destinate vârstnicilor s-au îmbunătățit semnificativ în ultimii ani. Cu toate acestea, Bulgaria crede că mai are multe de făcut pentru că, așa cum arată Raportul Național 2008-2010 asupra Serviciilor de Protecție Socială și de Incluziune Socială, "nu există o abordare pe termen lung care să stabilească un sistem adecvat de îngrijire pe termen lung a vârstnicilor care să se plieze pe previziunile demografice."

Pe de altă parte, sistemul de îngrijire a vârstnicilor din Croația trece și el printr-o perioadă de schimbări, mai ales în ceea ce privește tipul de proprietate (cu accent din ce în ce mai mare pe proprietatea privată), scopul și diversitatea serviciilor oferite.

Aparent, cea mai dificilă situație din fostul bloc estic se întâlnește în Polonia. Aceasta se confruntă cu o provocare fiscală considerabilă. Dacă Polonia va continua modelul actual de sporire a cheltuielilor anuale, combinat cu creștere pronunțată a numărului de beneficiari, în scurt timp, cheltuielile publice pentru îngrijirile pe termen lung vor deveni fiscal nesustenabile. Prin urmare, este esențial ca guvernul polonez să se gândească la alte modalități de a finanța viitoarele cheltuieli pentru îngrijirile pe termen lung decât prin mecanismul plătești când apelezi la servicii, cum ar fi, de exemplu, prin intermediul economiilor private. În plus, ar trebui să con-

troleze cererea de servicii de îngrijiri pe termen lung formale și să direcționeze cererea către tipul adecvat de intervenție, cum ar fi tratamentul ambulatoriu. Nu în ultimul rând, ar trebui să controleze prestațiile în natură și să reformeze prestația în numerar.

În ceea ce privește situația din România, într-o analiza realizată de Consiliul Național al Persoanelor Vârstnice în anul 2010 (intitulată Reglementarea, organizarea și funcționarea sistemului național de îngrijire la domiciliu a persoanelor vârstnice), la care au participat instituții publice din 16 județe și organizații neguvernamentale din 32, s-a conturat clar nevoia stringentă a extinderii rețelei de servicii comunitare la domiciliul persoanelor vârstnice. Spre deosebire de îngrijirea în centre rezidențiale, aceasta acționează benefic atât pentru persoana vizată - creșterea confortului psihic al vârstnicului, conservarea autonomiei și funcțiilor sale sociale, prevenirea izolării și menținerea unei vieți active, cât și pentru sistemul public - descongestionarea unităților sanitare și de asistență socială, specializarea și creșterea calității îngrijirii.

Deși argumentat benefică și susținută pe larg de cei chestionați, realizarea unui sistem viabil de îngrijire a vârstnicilor pare să aibă piedici serioase. Prima și cea mai importantă barieră este rețeaua geriatrică națională insuficient dezvoltată și slab finanțată – la nivel public sau privat. O soluție, în acest caz, ar putea fi dezvoltarea parteneriatului public – privat. Altfel, domeniul nu este unul care să atragă masiv investiții private, dacă acestea nu sunt susținute public, cât timp beneficiarii nu sunt capabili să plătească singuri costurile mari ale îngrijirii.

Și la nivel de coordonare lucrurile nu sunt ce ar trebui să fie, mulți județe lipsindu-le un serviciu destinat persoanelor vârstnice în cadrul direcțiilor generale județene de asistență socială.

A doua piedică semnificativă este legată de lipsa specialiștilor - medici geriatri, care ar trebui să evalueze persoanele vârstnice inițial și periodic și să facă recomandări pentru întocmirea planului individual de intervenție. Dacă ar fi responsabilizați, controlați, dar și recompensați, această sarcină ar putea fi dată în grija medicilor de

familie. Ei cunosc polipatologia pacienților de vârstă a treia pe care îi au sub observație și ar putea, de asemenea, fi motivați financiar să organizeze activități de îngrijire medicală la domiciliu.

Lista aspectelor care ar trebui să-și găsească o rezolvare cuprinde și constituirea și funcționarea echipei multidisciplinare de îngrijire (în cele mai multe centre lipsesc îngrijitorii, ergoterapeuții, kinetoterapeuții, medicii stomatologi), înființarea unor unități cu program nonstop și pentru asistență medicală de urgență, identificarea spațiilor publice și disponibilitatea programelor care să-i atragă pe furnizorii de servicii socio-medicale la domiciliu, extinderea pachetului de bază în funcție de nevoile identificate în rândul populației vârstnice, inclusiv cu o serie de servicii care presupun adaptarea locuinței vârstnicilor, pentru a spori accesibilitatea și capacitatea de autoservire a acestora sau sub aspect geografic – oferta de servicii este mult mai redusă pentru localitățile mici și pentru cele rurale.

Cert este că în România există o mare oportunitate de a dezvolta programe care să vizeze pregătirea pentru pensionare și identificarea posibilităților de menținere a unei vieți active. Iată de ce îngrijirea la domiciliu ar putea să capete noi valențe: pe lângă cele de îngrijire socio-medicală și medicală să apară și programe de re-integrare socială.

Problematic rămâne, însă, cadrul legislativ. Deși există legea nr. 17 / 2000 privind asistența socială a persoanelor vârstnice, ea este învechită și departe de un acord adecvat cu drepturile recunoscute la nivel european ale persoanelor vârstnice. Vorbim, așadar, despre o lege cu lacune, ale cărei prevederi nu sunt puse în aplicare corespunzător. Ea nu a stimulat nici crearea cadrului de implementare (autoritățile centrale și locale responsabile). În plus, legislația în domeniul sanitar și sumele alocate nu stimulează furnizorii de servicii medicale să încheie contracte cu casele județene de asigurări de sănătate.

În condițiile în care numărul populației vârstnice în România va

crește de la 3,2 milioane persoane, în anul 2011, la aproape 3,6 milioane persoane în anul 2030, problema îngrijirii vârstnicilor va fi din ce în ce mai serioasă și trebuie abordată cu responsabilitate. Iar primul pas, după recunoașterea problemei și alegerea modurilor de adresare, ar trebui să fie revizuirea cadrului legislativ. Pentru aceasta, dat fiind statutul de membru al Uniunii Europene, un drum de urmat ar fi să ne uităm și inspirăm din modelele occidentale care-și respectă cu adevărat vârstnicii. Nu de alta, dar altfel ar trebui să ne cam revizuim proverbele și, în loc să ne cumpărăm bătrâni... să-i vindem.

Articol realizat de Mirela Mustăță, Redactor E-Asistent, Specialist în comunicare și relații publice, PhD.

Surse de documentare

Reglementarea, organizarea și funcționarea sistemului național de îngrijire la domiciliu a persoanelor vârstnice, 2010

PROIECTAREA POPULAȚIEI ROMÂNIEI LA ORIZONTUL ANULUI 2060, 2013

<http://web.worldbank.org>

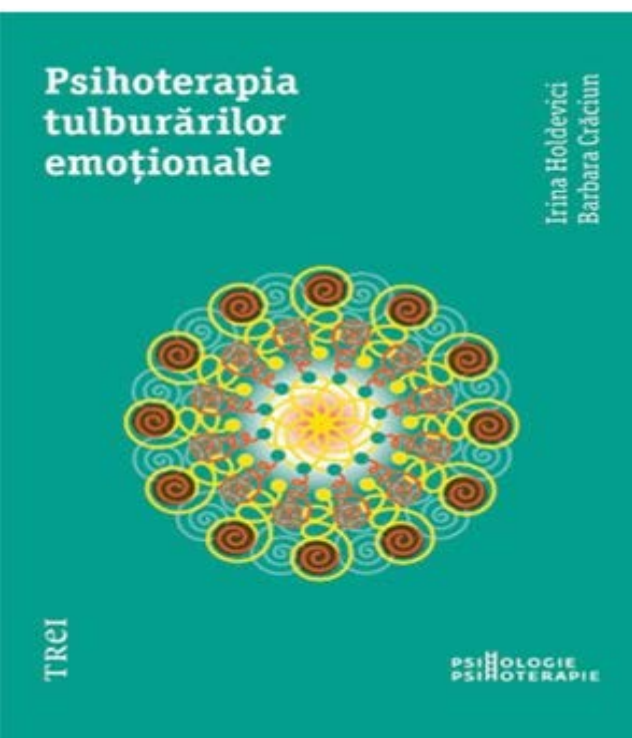
<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/healthy-ageing/data-and-statistics/health-and-social-care-systems>

http://www.euro.centre.org/detail.php?xml_id=1601

Psihoterapia tulburărilor emoționale

Autori: Irina Holdevici, Barbara Crăciun,

Editura Trei, 2015



Lucrarea, axată pe descifrarea mecanismelor celor mai frecvente tulburări emoționale precum depresia sau anxietatea, se adresează nu numai specialiștilor din domeniu, ci și cadrelor medicale în general și oricărui cititor interesat să dobândească o mai bună înțelegere asupra acestui domeniu.

Autoarele prezintă într-un mod convingător, inclusiv cu ajutorul cazurilor clinice și al exemplelor aplicative, unele dintre metodele cele mai recente de psihoterapie scurtă - tehnica meditației prin conștientizare și terapia prin acceptare și angajament.

Acestea sunt apoi comparate cu metodele psihoterapeutice consacrate precum terapia cognitiv-comportamentală.

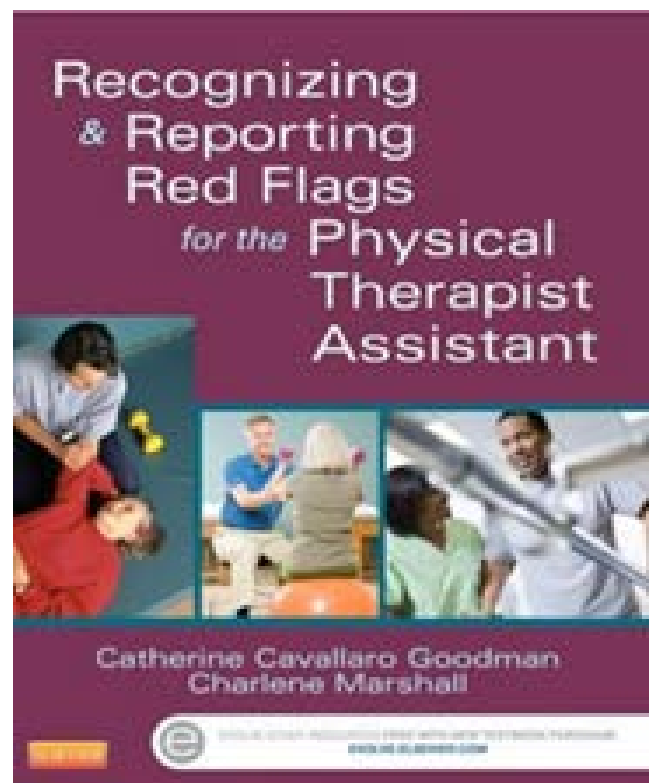
Cartea este rezultatul împletirii fericite a unei bogate experiențe clinice de psihoterapeut și psiholog cu cea academică, autoarele fiind și cadre universitare la Universitatea Titu Maiorescu din București.

Recunoașterea și raportarea semnelor de avertizare pentru asistentul fizio-terapeut

Autori: Catherine C. Goodman și Charlene Marshall
2014, Editura Elsevier

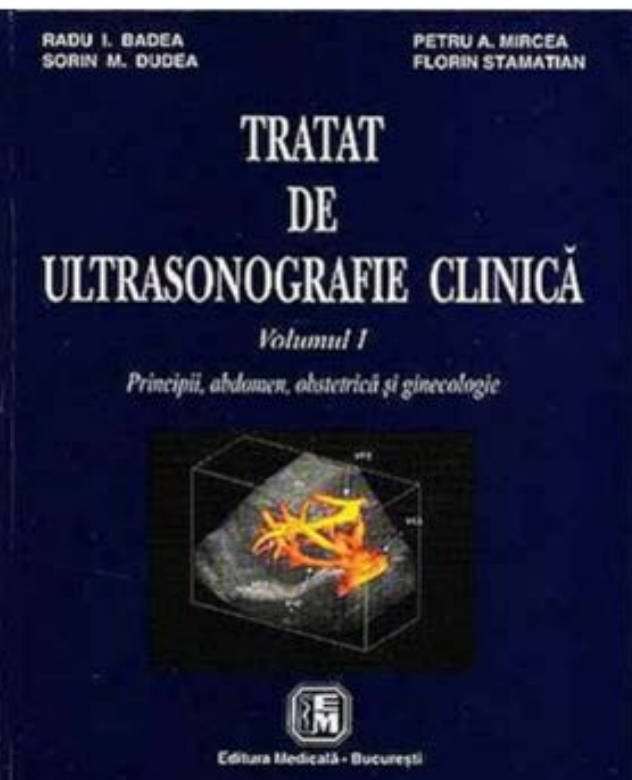
Cartea îi ajută pe asistenții medicali din domeniul fizioterapiei să identifice semnele și simptomele care indică prezența unor probleme neuro-musculare sau scheleto-musculare, a unor afecțiuni medicale, a unor efecte secundare ale medicamentăției și a altor co-morbidități. Recomandările sunt prezentate sub forma unui model bine structurat, constând din 3 pași, pentru monitorizarea pacienților.

Dezvoltat pe baza experienței practice a fizio-terapeutei Catherine C. Goodman și a asistentei de fizioterapie Charlene Marshall, cartea reprezintă o resursă deosebit de utilă pentru asistenții medicali, ea furnizând instrucțiuni clare și specifice pentru identificarea semnelor și simptomelor de care trebuie să fie conștiente cadrele medicale din domeniu.



Tratat de ultrasonografie clinică: Principii, abdomen, obstetrică și ginecologie. Volumul I

Autori: Radu Ion Badea, Sorin M. Dudea
2014, Editura Medicală



Cartea este o lucrare de bază pentru descifrarea tainelor ecografiei, metodă imagistică care a cunoscut o dezvoltare fără precedent în ultimii ani.

Autorii prezintă atât conceptele de bază ale ultrasonografiei, dar și ultimele descoperiri din domeniu, îmbinând într-un mod extrem de reușit datele ecografice cu practica clinică.

Volumul I se axează pe explorarea abdomenului și pe investigațiile obstetrice și ginecologice.

Cartea se adresează unui grup larg de cadre medicale, în special celor care lucrează în medicina internă, ginecologie, dar și chirurgie.

Doina Carmen Mazilu – coordonator

Mirela Mustață – redactor executiv

Ana-Maria Roșu – secretarul redacției

Cristian Oancea – designer editorial

Ne puteți scrie la email:

secretariat@oammruc.ro

sau contacta direct la sediul OAMGMAMR
filiala Municipiului București din strada
Avrig nr. 12, sector 2, București.